ESSAI

N° 42.

SUR

LA PÉRITONITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 mars 1828, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR CH. THIFAINE-DESAUNEAUX,

Ancien Élève de l'École pratique et des hospices de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Président.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT,
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* / BOYER, *Examinateur.* / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur.*
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

ET

A MON FRÈRE.

CH. THIFAINE-DESAUNEAUX

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlaperito0002vari_h3v5

ESSAI

SUR

LA PÉRITONITE.

La péritonite est l'inflammation du péritoine.

En 1779, *Johnston* entrevit la péritonite sur les femmes nouvellement accouchées ; *Walter* l'indiqua en 1785, et *Pinel* la reconnut en 1799. *Bichat*, *Bayle* et *Laennec* l'ont étudiée ; et MM. *Broussais*, *Gasc* et *Chomel* en ont donné des descriptions ; aussi cette inflammation est-elle généralement regardée comme essentielle, quelques médecins cependant pensent qu'elle n'est que secondaire.

La péritonite est toujours une maladie dangereuse est très-souvent mortelle ; celle qui succède à une plaie, à une opération chirurgicale est moins grave que celle qui survient sans cause externe évidente. Cependant la péritonite qui attaque les femmes en couche, passant rarement à l'état chronique, est souvent plus fâcheuse et plus rapide que la spontanée.

On a divisé la péritonite en *simple*, et en *péritonite des nouvelles accouchées*, appelée *fièvre puerpérale ;* c'est la plus commune des péritonites : elle se déclare deux ou trois jours après l'accouchement, et même durant tout le temps de l'allaitement. Cette inflammation est

plus intense chez les femmes sanguines, mais plus opiniâtre chez les femmes douées d'une faible constitution, et chez celles qui sont épuisées par de longues souffrances.

La péritonite est *aiguë* ou *chronique;* elle peut être latente, et il est extrêmement difficile de la reconnaître, car alors elle n'atteint que des personnes très-affaiblies ou déjà affectées de maladies graves.

De la péritonite aiguë.

La péritonite aiguë générale débute ordinairement par des céphalalgies, des lassitudes spontanées, un frisson violent et de longue durée, et par des douleurs abdominales. Bientôt après le ventre se gonfle et se tend, il survient des nausées, des vomissemens et une fièvre proportionnée à la force et à la pléthore des sujets. La marche de cette phlegmasie est très-rapide, et l'on voit en peu de temps les symptômes prendre le caractère le plus alarmant : la douleur abdominale devient plus vive, elle occupe une plus grande étendue; la sensibilité à la pression, la tension et le gonflement du ventre augmentent; les vomissemens sont plus fréquens. Pratiquée sur divers points du ventre, la percussion donne d'abord un son plus clair que dans l'état naturel, puis de jour en jour un son de plus en plus obscur. La face est pâle et décomposée, les traits sont tirés vers la racine du nez ; l'anxiété est extrême, le pouls se précipite, les extrémités se refroidissent, la douleur abdominale cesse, et des matières verdâtres rejetées par régurgitation, couvrent le lit du malade, qui n'a plus la force de faire le plus léger mouvement.

Cette inflammation ne dure que dix, douze, dix-huit, vingt-quatre heures ; trois, cinq, sept, dix ou vingt jours. Parvenue à un haut degré d'intensité, elle peut rester stationnaire pendant quelques jours, et n'offrir que de faibles paroxysmes nocturnes marqués par l'exacerbation fébrile ou par l'augmentation des symptômes locaux : qu'elle soit demeurée stationnaire, ou qu'elle ait fait des progrès continuels, elle se termine, dans le plus grand nombre des cas, en sept

ou huit jours, par épanchement ou suppuration : après ce temps, la mort frappe le malade plongé dans la somnolence, le coma, ou réduit à une faiblesse extrême, presque sans agonie ; quelquefois, après des tremblemens, des convulsions et du délire.

La péritonite aiguë se termine encore fréquemment par une péritonite chronique ou par une résolution qui s'opère du cinquième au quinzième jour ; alors la douleur diminue dans toute l'étendue du ventre et disparaît dans quelques points ; le malade peut se tourner dans son lit : les tégumens abdominaux sont moins tendus, les vomissemens ne reviennent qu'à de longs intervalles et cessent enfin ; le pouls est d'abord souple et lent, mais bientôt il revient, ainsi que la physionomie, à son état naturel ; la tête n'est plus douloureuse, le sommeil reparaît, et fréquemment il survient une évacuation critique, telle que des sueurs copieuses, une diarrhée ou des urines abondantes.

Causes de la péritonite aiguë

L'âge adulte, le tempérament sanguin, la pléthore, la disposition aux inflammations ; la suppression des évacuations naturelles ou artificielles, comme de la transpiration, du lait, des menstrues, des lochies, des hémorrhoïdes ; les erreurs de régime ; les percussions des corps extérieurs sur le ventre ou les chutes que l'on fait sur cette partie, surtout s'il se présente quelque corps saillant ; les pressions lentes ou subites qui occasionnent le frottement des surfaces séreuses ; les contusions et les commotions générales, dont les effets sont quelquefois particulièrement dirigés sur le péritoine : les autres tissus se rétablissent, cette membrane et ses fonctions restent seules lésées. L'exposition habituelle du bas-ventre à l'action de la chaleur, les frottemens, les tiraillemens, les pressions que le développement de l'utérus occasionne chez les femmes enceintes, chez celles qui ont une môle ou tout autre corps étranger dans la cavité abdominale ; toutes les tuméfactions qui soulèvent et déplacent le péritoine ; les efforts violens et long-temps continués ; la constriction ou l'étrangle-

ment des intestins ou du péritoine dans les hernies; les épanchemens de fluides dans le péritoine, tels que la bile, le chyle, le sang, l'urine, l'air et les matières stercorales; l'opération de la paracenthèse; la soustraction subite d'un corps étranger, solide ou liquide qui distend les parois abdominales; la rétrocession ou la métastase d'un principe rhumatismal, goutteux, herpétique, psorique, etc., telles sont les causes que l'on regarde comme productrices de la péritonite.

La péritonite aiguë est surtout déterminée par le froid de l'atmosphère qui frappe tout le corps, par l'immersion dans l'eau froide, par l'usage des vêtemens mouillés, par le froid et l'humidité des pieds, par les boissons à la glace lorsqu'on est échauffé, par le coucher à plat-ventre sur l'herbe fraîche lorsqu'on est en sueur; et chez les femmes en couche, par des entretiens trop long-temps prolongés, le chagrin, la terreur, la colère, etc. Les nouvelles accouchées sont particulièrement sujettes à cette inflammation : on l'a vue régner épidémiquement, rarement sur des hommes, mais assez fréquemment dans les hôpitaux destinés à recevoir les femmes en couche. Ces épidémies peuvent être produites par les qualités malfaisantes d'un air corrompu, trop froid ou trop humide.

De toutes les causes de la péritonite, une des plus fréquentes peut-être est l'inflammation antérieure des autres organes abdominaux; elle débute par l'inflammation de quelque viscère, et se communique par contiguité à la membrane qui le recouvre, comme par la métrite après l'accouchement, etc.; aussi le péritoine qui recouvre les viscères est bien plus fréquemment affecté que celui qui tapisse les muscles de l'abdomen; cependant le péritoine est rarement enflammé dans le carreau.

Mais, la plupart du temps, la péritonite est due à des causes internes qui se dérobent à nos recherches; excepté quelques épanchemens et quelques étranglemens, toutes les causes précédemment énumérées sont insuffisantes pour produire cette phlegmasie, quand elles ne sont pas jointes à une disposition spéciale de l'économie, qui

en est fort souvent la cause principale ou même unique. En effet, sur quarante personnes auxquelles on a fendu jusqu'à dix pouces d'intestins, il ne s'est déclaré qu'une seule péritonite.

Signes diagnostiques de la péritonite aiguë.

On la reconnaît à une douleur de l'abdomen plus ou moins vive, qui se fait sentir dans un point seulement de son étendue, si l'inflammation se borne à une portion de la membrane péritonéale; ce cas se voit rarement et même alors l'inflammation peut occuper toute la membrane : plus ordinairement, la douleur, qui d'abord ne se faisait sentir que dans un point de l'abdomen, s'étend rapidement, l'embrasse bientôt presque tout ou même tout, et reste plus vive dans le point primitivement affecté. Cette douleur détermine une grande faiblesse, s'exaspère par le plus léger contact, par les efforts de la toux, de la respiration, par les mouvemens des muscles et du tronc. A ce symptôme se joint des nausées, des vomituritions, des vomissemens, d'abord des alimens contenus dans l'estomac lors de l'invasion de la péritonite, puis des boissons bues par le malade, ensuite des mucosités gastriques et de la bile, et parfois, le hoquet. On observe une constipation presque constante; la chaleur brûlante des tégumens de l'abdomen, qui est tuméfié et météorisé. Le pouls est fréquent, petit, serré, et parfois irrégulier; la face, grippée, exprime beaucoup d'anxiété et de souffrance; le décubitus a lieu sur le dos, et les cuisses sont demi-fléchies; les urines, généralement difficiles, deviennent de plus en plus rares et épaisses; la langue, couverte d'un enduit muqueux, blanchâtre, variable, est plus ou moins sèche; une soif ardente se fait sentir, et l'on n'ose la satisfaire de peur de provoquer le vomissement et le redoublement des douleurs; la respiration est fréquente et difficile, le diaphragme comprimant le péritoine durant l'inspiration. Si la péritonite affecte des femmes nouvellement accouchées, on observe encore habituellement l'affaissement des ma-

melles, le défaut de sécrétion du lait, la suppression ou la diminution des lochies, la flaccidité de l'abdomen, son gonflement rapide, et une douleur abdominale très-aiguë, qui débute souvent par la région hypogastrique.

Tels sont les symptômes de la péritonite aiguë; cependant ils varient suivant les causes, l'âge, le sexe, les tempéramens, les saisons et le caractère particulier de la maladie. Ils ne se trouvent pas toujours réunis; la chaleur et la tuméfaction de l'abdomen manquent souvent : mais on peut reconnaître cette phlegmasie, s'il existe une douleur continue, fixe, générale ou conscrite, obtuse, tensive, lancinante ou tranchante, augmentant par la pression, du moins par celle des flancs, et redoublant le soir : une constipation opiniâtre, des vomissemens douloureux, de l'anxiété, du découragement ; et, s'il y a tiraillement des traits, insomnie, agitation extrême et délire quand la douleur est très-forte. Le pouls est toujours serré et concentré, quelquefois très-rare ; la peau est froide, surtout aux extrémités. Il règne une espèce de frisson perpétuel, si ce n'est aux approches de la mort; alors parfois le pouls s'accélère, la peau s'échauffe, et il survient de la diarrhée.

Les péritonites très-douloureuses se prolongent rarement au-délà de quinze à vingt jours. Si elles n'ont point cédé dans ce laps de temps ; elles se terminent toujours par une mort prompte ou par une péritonite chronique, surtout lorsque l'aiguë n'a été fébrile et douloureuse que très-peu de temps

Au reste, la plupart des malades qui survivent à une péritonite aiguë conservent dans quelques points du ventre une douleur sourde, qui augmente par la pression, par la marche, etc., sans cependant porter aucun trouble notable dans les fonctions des viscères : le ventre demeure aussi quelquefois plus volumineux qu'avant l'inflammation.

De la péritonite chronique.

Quoiqu'on puisse confondre la péritonite aiguë avec la gastrite, l'entérite, la métrite, l'hépatite, le rhumatisme des muscles abdominaux, avec quelques coliques nerveuses, et surtout avec la colique des peintres, dont l'invasion est souvent brusque, où le malade éprouve des douleurs de ventre et de la constipation, il est quelquefois facile de la reconnaître; il n'en est pas de même de la péritonite chronique, dans les cas surtout où elle a eu primitivement cette forme, où elle est partielle et où elle occupe une région profonde et peu étendue du ventre. Alors aucun signe certain ne peut indiquer l'invasion de la péritonite chronique; et, lorsqu'on est parvenu à la reconnaître, on est déjà loin de l'époque de son développement.

Lorsque la partie du péritoine enflammée n'est point douloureuse, la fièvre manque; le météorisme et l'alternative de constipation et de diarrhée peuvent quelquefois la faire soupçonner. Elle débute par des douleurs abdominales sourdes, passagères, qui n'augmentent que très-lentement, et qui ne forcent pas même d'abord le malade à garder la chambre; cependant les douleurs augmentent, le ventre se gonfle ou se durcit, l'embonpoint diminue, la couleur de la peau s'altère, les membres inférieurs s'édœmatient, et la faiblesse ne permet plus de quitter le lit. La marche de la péritonite chronique est très-lente; elle peut demeurer stationnaire pendant quelques mois, et présenter plusieurs amendemens passagers; elle se termine très-rarement par la santé, fréquemment par la mort. Les uns expirent dans le dernier degré de la faiblesse et du marasme, avec un dévoiement intense; d'autres dans l'hydropisie, sans fièvre et avec très-peu de douleur. Parfois, après une durée de quelques années, la péritonite chronique, exaspérée par une perforation, par une irritation étrangère ou par le progrès de l'inflammation, devient douloureuse, fébrile et très-aiguë. Cette péritonite aiguë est d'autant plus vive qu'elle survient plutôt; elle dure moins que la péritonite aiguë primitive.

Elle extenue le corps en très-peu de temps, enlève l'hydropisie, si elle existe, et se termine par une mort violente ou par un collapsus qui précède de quelques jours l'extinction de la vie : la mort est ordinairement subite, sans râle et sans agonie.

Causes de la péritonite chronique.

Les causes de cette inflammation chronique sont, les contusions du ventre, les métiers qui tiennent l'abdomen dans un état de pression ou de gêne habituelle, l'habitation des lieux humides et froids, la misère, le séjour prolongé dans les hôpitaux, des alimens de mauvaise qualité, un âge avancé, la délicatesse ou la débilité de la constitution; les marches forcées, les fatigues, les bivouacs; la péritonite aiguë; l'inflammation chronique d'un des viscères abdominaux, qui s'est propagée d'abord par contiguité à son enveloppe péritonéale, et ensuite à toute la séreuse du ventre, comme on le voit fréquemment arriver après l'ingestion dans l'estomac de poisons corrosifs, et la plupart des causes de la péritonite aiguë long-temps prolongées, mais dans un moins grand degré d'intensité.

Signes diagnostiques de la péritonite chronique.

On la reconnaît à une douleur de ventre profonde, peu intense, rarement continue; quelquefois elle ne devient manifeste que par la pression extérieure ou par la contraction des muscles abdominaux. La pression latérale est plus douloureuse que la perpendiculaire, et parfois, le point de sensibilité correspond à l'épigastre. On observe une légère tuméfaction avec rénitence du ventre, plus remarquable après un certain temps, et une fluctuation qui se prononce de jour en jour davantage. Pratiquée pour reconnaître cette fluctuation communément obscure, la percussion donne un son mat; elle est douloureuse, mais cette douleur n'est souvent sentie qu'à l'épigastre. S'il n'y a point d'épan-

chement, l'abdomen est plutôt diminué qu'augmenté de volume; on trouve une dureté du ventre inaccoutumée, et vers la région ombilicale, une saillie peu considérable formée par l'agglomération des intestins au-devant de la colonne vertébrale. Les faux pas, les secousses, la toux, l'éternument, font éprouver de la douleur de ventre. Si le péritoine gastrique est peu intéressé, la digestion est presque régulière; s'il l'est beaucoup plus, l'appétit diminue, les digestions sont laborieuses, les alimens marquent leur passage dans le tube digestif par des douleurs qui se reproduisent chaque jour vers les mêmes heures; le malade s'affaiblit et maigrit. Le pouls est fréquent; cette fréquence n'est souvent perceptible que le soir. Il y a de la dyspnée, de la toux, plus considérable dans la position horizontale que dans la station, et toujours en proportion de la quantité et du volume du liquide épanché.

Les urines sont rares, épaisses, de plus en plus difficiles. Dans un grand nombre de cas, il existe de la constipation; plus rarement du dévoiement. La face est toujours pâle, elle exprime l'inquiétude et le malaise. Enfin, il y a œdème des membres inférieurs et des parois du ventre, quand la mort approche, après une péritonite de longue durée.

Quand il n'y a qu'une simple tuméfaction de l'abdomen, on ne peut que présumer la péritonite chronique. Lorsque la constipation et la sensibilité ordinaire du ventre viennent s'ajouter à sa tuméfaction; il ne reste presque plus de doute sur l'existence de cette phlegmasie chronique.

L'ascite primitive et simple, quand elle ne dépend point de la suspension ou du ralentissement de la circulation veineuse, indique une irritation persistante du péritoine. L'ascite, accompagnée d'œdème universel, n'exclut point la possibilité de l'inflammation chronique; souvent l'on peut croire que l'épanchement cellulaire n'en est que l'effet sympathique. Le nombre des ascites produites par l'inflammation du péritoine est de beaucoup supérieur à celui des mêmes maladies qui dépendent de toute autre cause. La péritonite chronique

met d'autant plus de temps à conduire le malade au tombeau, qu'il est moins prédisposé à cette inflammation, qu'il jouit d'une constitution plus ferme, que la maladie a été plus obscure dans son commencement, et qu'il survient moins de complications.

Caractères anatomiques.

Quand la péritonite aiguë a été promptement mortelle, on ne trouve souvent qu'une rougeur générale des viscères abdominaux; et sur le péritoine une couche mince de matière purulente, apparente seulement dans les enfoncemens formés par les circonvolutions des intestins. On voit encore sur cette membrane des points rouges très-nombreux ; ils en pénètrent l'épaisseur, et sont séparés par des intervalles incolores. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est souvent injecté en rouge; le péritoine, rarement épaissi, est plus souvent tapissé de fausses membranes minces, qui simulent son épaississement : ces fausses membranes albumineuses, plus ou moins épaisses et plus ou moins molles, pénètrent dans les intervalles des intestins, et les agglomèrent en une seule masse. Quand la durée de la péritonite a été plus longue, la cavité abdominale est remplie d'un liquide fétide, ordinairement lactescent, blanchâtre ou sanguinolent, plus ou moins limpide, qui contient beaucoup de petits flocons albumineux blancs, grisâtres ou rougeâtres. Le péritoine présente aussi parfois des plaques livides et de véritables points gangrénés.

Si la péritonite aiguë a été produite par la perforation du tube digestif, à l'instant où l'on pénètre dans la cavité abdominale, il se dégage une certaine quantité de gaz d'autant plus fétide que la perforation est plus rapprochée de l'anus. Le liquide épanché est jaune ou brunâtre, si l'intestin est perforé ; brun ou lie de vin, si la péritonite est due à la rupture d'un kyste ; si la déchirure occupe l'estomac, on trouve des alimens non encore digérés ; des hydatides, si la péritonite est due à la rupture d'un kyste qui les contient. Le péritoine exhale une odeur urineuse, si la vessie est perforée; il est

jaune et sans odeur, si c'est la vésicule biliaire. Si la péritonite est causée par l'occlusion des intestins, une portion du conduit intestinal offre un volume deux ou trois fois plus considérable que dans l'état naturel, et une autre partie est diminuée de grosseur dans une proportion semblable : cette dernière est presque entièrement cachée par l'autre.

Après la péritonite chronique, outre les désordres observés à la suite de la péritonite aiguë, on trouve les concrétions albumineuses plus fermes, plus abondantes, et de couleur très-variable. Elles s'organisent quelquefois et deviennent celluleuses ; elles forment une couche épaisse entre le liquide qu'elles renferment et le péritoine qu'elles recouvrent. Souvent, après avoir ouvert l'abdomen et avoir fait écouler le liquide qu'il contient, on n'aperçoit aucun des viscères abdominaux, la fausse membrane paraît reposer sur le diaphragme, la colonne vertébrale et les muscles lombaires ; mais en enlevant cette fausse membrane, on retrouve les viscères considérablement diminués, par suite de leur compression. La sérosité épanchée dans le péritoine est limpide, mêlée à des flocons albumineux plus ou moins nombreux, et ressemble à du petit-lait légèrement trouble, ou elle est verdâtre ou brunâtre ; d'autres fois la cavité abdominale est remplie de matières d'apparence boueuse et d'une extrême fétidité. S'il n'y a point dépanchement dans le péritoine, cette membrane est souvent partout adhérente à elle-même, soit par des concrétions membraniformes plus ou moins denses, soit par un tissu cellulaire qui semble nouvellement organisé. Entre ces productions membraneuses on voit assez fréquemment de petites masses blanches, demi-transparentes, formées de matière purulente concrète, qui ont beaucoup de ressemblance avec les tubercules. Chez d'autres sujets, on trouve de véritables tubercules, susceptibles de ramollissement et d'ulcération, développés dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parties voisines, et particulièrement aux intestins. Le tissu post et inter-péritonéal est aussi parfois épaissi, lardacé, tuberculeux, ce qui donne au mésentère et aux épiploons beaucoup d'épaisseur.

Les fièvres inflammatoires, bilieuses, ataxiques et adynamiques sont les complications les plus fréquentes de la péritonite. Cette inflammation ne peut durer long-temps avec une grande violence sans se communiquer aux organes sous-jacens. Il n'est pas certain que la péritonite chronique existe sans l'altération plus ou moins grave des organes voisins. Les membranes séreuses se communiquent aussi leurs affections avec beaucoup de facilité, ou plutôt, sous l'influence des mêmes causes, plusieurs séreuses sont quelquefois enflammées en même temps.

Traitement de la péritonite aiguë.

On doit écarter tous les corps étrangers qui peuvent comprimer le ventre, y entretenir ou y augmenter l'irritation. Constamment immobile, le malade restera couché sur le dos, sur un plan horizontal ou les cuisses fléchies; il gardera le silence. La gravité de de cette inflammation exige impérieusement le traitement antiphlogistique le plus énergique : ainsi on pratiquera une saignée générale toutes les fois qu'on rencontrera un pouls plein, fréquent, et une forte chaleur. Lorsque ces symptômes manqueront, la saignée pourra encore être utile, si les malades sont secs, musculeux, colorés et jeunes, parce que l'excès de la douleur peut arrêter le développement du cœur. Souvent alors on a vu le pouls se développer, la face prendre une coloration meilleure après une large saignée. Dans ces cas, il est presque toujours bon de commencer par une évacution de sang de seize à vingt onces. On peut la répéter une ou deux fois durant les vingt-quatre premières heures.

Dès l'apparition des premiers symptômes, on couvrira le ventre de trente ou quarante sangsues, si la phlegmasie est locale, afin de l'empêcher de s'étendre à la séreuse abdominale; de cinquante ou cent, si elle est générale. On fomentera les piqûres avec de l'eau tiède, afin d'entretenir long-temps l'écoulement du sang. Au reste, la quantité du sang qui devra être tirée sera toujours en rapport

avec la force de l'inflammation et celle du sujet affecté de péritonite. On applique encore avec avantage des sangsues à l'anus, si l'individu attaqué de péritonite est sujet à un flux hémorrhoïdal supprimé ; en même temps, on prescrit l'usage des médicamens frais, mucilagineux et acidules à l'intérieur et à l'extérieur. On couvre le ventre de cataplasmes et de compresses légères, et on les humecte fréquemment avec des substances émollientes. On peut encore les arroser avec quelques gouttes de laudanum. On applique toujours ces compresses, si le malade peut les supporter ; si les douleurs sont trop violentes, on s'en abstient, et l'on doit même soutenir avec des cerceaux les couvertures du lit. Si la chaleur atmosphérique est considérable, si la peau est très-chaude, la circulation fort active, les fomentations froides seront préférées ; le malade s'en trouve mieux : on fait alors les fomentations avec l'oxycrat, la limonade sans sucre ou l'eau pure. Si l'atmosphère est froide, la réaction peu vive, le malade exposé aux répercussions de la transpiration, aux métastases subites, comme les femmes en couche, les hommes assujettis à des évacuations périodiques, il faut préférer les fomentations tièdes; il en est de même des demi-bains et des bains, qu'on peut rendre émolliens. On doit les répéter tous les jours, et les prolonger, s'ils soulagent la douleur, et si les soins qu'ils exigent ne fatiguent point trop le malade. On ne doit administrer ces topiques qu'à un degré de chaleur très-modéré; il suffit qu'ils ne causent point de malaise ni de frisson. Il faut surtout consulter la sensation du malade : toutes les fois qu'il éprouve du bien-être, l'inflammation est avantageusement modifiée. Ce qu'on vient de dire des topiques peut être appliqué aux médicamens intérieurs ; ce qui soulage sera continué. Il est généralement utile de tenir le ventre libre, et de procurer deux ou trois selles liquides chaque jour. Pour y parvenir, on édulcore quelques-unes des boissons avec le miel ; on ajoute au petit-lait, de la décoction de pruneaux ou de pulpe de tamarins, ou quelques gros de sulfate de soude, de magnésie ; ou l'on administre une potion dans laquelle on fait entrer

une ou deux onces d'huile de ricin , etc. Les laxatifs ne doivent être mis en usage qu'après les évacuations sanguines.

L'opium et les antispasmodiques peuvent être employés comme calmans sur le déclin de la maladie, lorsque la réaction est tout à fait tombée, et qu'il ne reste plus que quelque sensibilité locale. On a aussi conseillé les douces frictions exercées sur les membres , lentement et continuellement avec la main ou quelque corps souple et agréable au toucher ; elles calment les nerfs , et répartissent uniformément la sensibilité.

Si , malgré l'emploi de ces moyens , l'inflammation poursuit son cours, presque toujours il y a un épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale. On peut essayer les frictions mercurielles à hautes doses répétées sur le ventre matin et soir : à ces frictions on joint l'application sur le ventre d'un large vésicatoire.

On a traité avec succès des péritonites puerpérales par des frictions mercurielles pratiquées sur le ventre . de deux heures en deux heures, dès le début de l'inflammation. La première friction est seule douloureuse. On pourrait peut-être employer avec avantage ce mode curatif dans tous les cas de péritonite.

On observera l'abstinence la plus complète durant toute la période d'acuité ; on ne permettra les bouillons que lorsque la phlogose sera sur le déclin. Les alimens solides provoquent des mouvemens douloureux dans le canal digestif , produisent le mouvement fébrile qui accompagne la digestion , même dans l'état de santé , et qui est bien plus marqué dans la maladie. Tant que la phlegmasie est à l'état aigu, les tisanes mucilagineuses peu chargées , faites avec la décoction de racine de guimauve, une infusion de semence de lin, de coing, etc., une solution de gomme arabique légèrement édulcorée avec un sirop acide , tels que celui de framboise , de groseille , de vinaigre , etc. , suffisent toujours. On boira peu à la fois , si les boissons sont mucilagineuses, parce qu'elles exigent une espèce de digestion. On main-

tient la peau dans une température qui favorise sa fonction exhalante ; on la nettoie, on la stimule doucement par les bains et les frictions ; c'est tout ce qu'on peut faire pour la totalité du corps. Après que la réaction vasculaire a été suffisamment abaissée, ou plutôt, après sa chute complète, on peut employer avec avantage les moyens révulsifs rubéfians, telle que la moutarde, etc., ou les vésicans, comme l'eau bouillante et les cantharides, etc. Ils sont peu utiles sur le ventre dans la période d'acuité; il convient mieux alors de les appliquer sur les cuisses et sur les jambes, surtout après les premiers jours, lorsque les moyens recommandés n'ont pu diminuer l'inflammation.

Les diaphorétiques, les sudorifiques, les narcotiques, les spiritueux ont tous une action particulière sur la peau : on ne peut en faire qu'un usage modéré, de manière que l'estomac ne soit point trop irrité. Des infusions de tilleul, de sureau, de coquelicot, de bourrache, de scabieuse que l'on fera prendre chaudes, en ajoutant une ou deux fois dans la journée, surtout le soir, une douzaine de gouttes d'alcali volatil à un verre ordinaire, ou quelques gouttes de laudanum dans un véhicule adoucissant, ou des potions légèrement aromatisées, pourront ordinairement suffire. Les diurétiques seront également faibles; la scille et le vin blanc en feront la base. On peut s'en servir en frictions lorsque l'irritation a cessé, et qu'on peut craindre l'hydropisie. Les laxatifs ou les purgatifs sont encore utiles à la suite de l'état aigu, lorsque le canal alimentaire est stimulé par des matières stercorales qui y ont séjourné ; on préfère les mucoso-sucrés et les huileux, comme nous l'avons indiqué. Les lavemens huileux peuvent être également utiles lorsqu'il existe un ténesme incommode et une douleur locale, qui tire sa source de l'accumulation des matières stercorales dans le colon. Il se présente des cas où l'on est forcé de revenir plusieurs fois aux laxatifs. Si, dès l'invasion de la péritonite aiguë, il y a prostration extrême des forces, affaissement des traits, diminution de la chaleur, faiblesse du pouls, fétidité des excrétions, les évacuations sanguines sont tout à

fait contr'indiquées ; l'on ne peut avoir recours qu'aux révulsifs seuls ou combinés avec les toniques.

Dans la péritonite puerpérale, lorsqu'il y a des signes de saburre ou de disposition bilieuse bien manifestes, lorsque la chaleur de la peau n'est pas très-forte, lorsque la langue n'est pas rouge et sèche, surtout lorsque la maladie est à son début, et que les douleurs abdominales ne sont pas très-vives, on administre quinze à dix-huit grains d'ipécacuanha en deux doses, à une demi-heure d'intervalle, avec le plus heureux succès. On répète ce purgatif une, deux, trois fois et d'avantage, si l'inflammation persiste. On peut donner pour boisson du petit-lait émétisé. Il pourrait être dangereux de prendre des bains. On couvre les parties génitales de fomentations ou de cataplasmes émolliens ; on applique des sangsues à la vulve, des vésicatoires aux cuisses ; on fait des injections calmantes dans le vagin pour rétablir les lochies; on applique des ventouses sur les mamelles, qu'on couvre de coussinets ouatés, et l'on pratique plusieurs fois par jour la succion naturelle ou artificielle pour provoquer la sécrétion du lait.

On vient d'obtenir à Posen deux guérisons de péritonite puerpérale, par l'usage intérieur et extérieur de la glace avec et sans évacuations sanguines.

Si l'on présume que la péritonite aiguë est produite par la perforation d'un viscère creux, de l'intestin, par exemple, qui a permis l'épanchement des matières dans la cavité du péritoine, on recommande la plus grande immobilité possible et une abstinence absolue : ce sont les seuls moyens en notre pouvoir pour faciliter ou provoquer la formation d'adhérence des bords de la perforation avec les parties environnantes. On trompe la soif du malade en mettant dans sa bouche quelques tranches d'orange ou de citron, et on le nourrit par le moyen de lavemens.

Dans tous les cas, on fera ses efforts pour calmer les passions ; car elles précipitent la circulation, agitent la respiration, augmentent la

sensibilité nerveuse, et font éprouver dans l'épigastre et dans tout l'abdomen un sentiment de malaise et de constriction.

Traitement de la péritonite chronique.

On évitera avec le plus grand soin toute pression sur le ventre, toute secousse, tout effort qui pourrait réveiller la douleur; on rendra les mouvemens aussi rares et aussi peu considérables qu'il sera possible; on stimulera doucement la peau, et l'on prescrira les médicamens qui calment la douleur, et ceux qui sollicitent les excrétions. Le régime sera sévère, et les alimens gélatineux donnés de préférence.

Si la péritonite chronique est devenue tout à fait indolente et apyrétique, on stimulera plus énergiquement la peau : ainsi, on appliquera vésicatoires, cautères, moxas ou séton sur le ventre ou à la partie supérieure des cuisses; on prendra des bains, surtout des extrémités, et l'on fera des frictions. Tant que les forces ne seront point épuisées, on pourra faire usage des exutoires. Le moxa est alors le moyen à préférer pour obtenir des suppurations : on prescrira des sudorifiques et des diurétiques plus actifs que si la fièvre hectique avait lieu; mais on cessera de les administrer s'ils ne sont pas promptement efficaces, et si les forces diminuent, car ils pourraient hâter la marche de la maladie.

On doit encore employer les mêmes moyens lorsque la péritonite chronique n'est que présumable, par le développement du ventre et la constipation, ou par l'hydropisie. Dans ce dernier cas, on emploiera surtout les diurétiques extérieurs; tels que les frictions avec la teinture de scille, avec celle de cantharides, pendant qu'on fera garder le repos, et qu'on donnera des tisanes légèrement diurétiques et des alimens nourrissans, mais nullement stimulans.

On pourrait aussi faire usage des laxatifs et des plus doux purgatifs, pour provoquer des évacuations par les selles et les urines.

Enfin il pourrait être nécessaire d'appliquer des sangsues, soit sur tout le ventre, soit sur une de ses parties, si l'intensité des phénomènes inflammatoires l'exigeait. Le traitement antiphlogistique administré avec prudence, pourrait encore convenir après quelques mois, si la péritonite primitivement aiguë, étant devenue chronique, avait été entretenue à cet état, soit par des erreurs de régime, soit par des causes extérieures.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

V.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Ibid.*, *aph.* 12.